ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΤΟΥ ΜΗΝΑ: ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΠΛΑΚΟΥΝΤΙΑΚΟΥ ΧΟΡΙΟΑΓΓΕΙΩΜΑΤΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΤΡΙΜΗΝΟΥ

Ε.Ν. Κοντομανώλης[1], Χ. Βλάχου[2], Δ. Οικονομίδης[1]

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Παρουσιάζουμε την περίπτωση μίας εγκύου 30 ετών με πυθμενικό χοριοαγγείωμα στο β΄ τρίμηνο.

Ο πρωταρχικός στόχος του προγεννητικού ελέγχου είναι να προχωρήσει η εγκυμοσύνη και να πραγματοποιηθεί ο τοκετός χωρίς επιπλοκές. Η υπερηχογραφική παρακολούθηση ήταν χωρίς ευρήματα και η ανάπτυξη του κυήματος φυσιολογική. Δεν παρατηρήθηκε κανένα εύρημα στην πλακουντιακή κυκλοφορία.

Όροι ευρετηρίου: πλακουντιακό χοριοαγγείωμα, απεικόνιση, β΄τρίμηνο.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό εγκύου 30 ετών, στο ιστορικό της οποίας δεν παρατηρήθηκε κάτι το ιδιαίτερο. Η παρακολούθηση και ο έλεγχος ήταν φυσιολογικά. Η παρουσία μίας πλακουντιακής μάζας μας έβαλε σε εγρήγορση όσον αφορά την έκβαση της εγκυμοσύνης.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Η περίπτωση αφορά έγκυο γυναίκα 30 ετών. Δεν υπήρχε στο ιστορικό της κάτι αξιόλογο ή αξιοσημείωτο.

Ο προγεννητικός έλεγχος της γυναίκας ήταν φυσιολογικός και τα διαγνωστικά τεστ χωρίς ευρήματα.

Στο Α΄ τρίμηνο η αυχενική διαφάνεια ήταν 1.9mm και ο κίνδυνος για τρισωμία 21 ήταν 1: 1853. Ο υπέρηχος β΄ επιπέδου ήταν επίσης χωρίς ευρήματα. Η ανάπτυξη του κυήματος ήταν φυσιολογική και συμβατή ανάλογα με την εβδομάδα κύησης. Επίσης καμία διαταραχή δε σημειώθηκε στην εμβρυοπλακουντιακή κυκλοφορία.

Το έγχρωμο Doppler έδειξε την ύπαρξη ενός πυθμενικού χοριοαγγειώματος διαστάσεων 74.0 X 69.0 X 88.0 mm, μία πεπαχυσμένη δίκην « διχτύου », μη ομοιόμορφη, ηχογενή διαμερισματοποιημένη μάζα, στο β΄ τρίμηνο.

Το χοριοαγγείωμα εντοπίστηκε στο εξωτερικό όριο της εμβρυϊκής επιφάνειας του πλακούντα.

Η συγκεκριμένη περιοχή έχει αυξημένη αιματική ροή.

Η παρακολούθηση της εγκύου περιλάμβανε μετρήσεις όσον αφορά την ανάπτυξη και Doppler αγγείων (ομφαλικής και μητριαίων) σε συχνές συναντήσεις. Η έγκυος γέννησε τελικώς ένα υγιέστατο αγόρι βάρους 3.200 gr.

Η μελέτη μας δείχνει ότι το έγχρωμο Doppler μπορεί να διαφοροποιήσει μεταξύ διαφόρων πλακουντιακών ιστοπαθολογικών ανωμαλιών. Οι ανάγγειοι όγκοι συνήθως συσχετίζονται με φυσιολογική έκβαση της εγκυμοσύνης. Ο μαιευτήρας πρέπει συνεχώς να βρίσκεται σε εγρήγορση ούτως ώστε να μπορεί να εντοπίσει αυξημένο όγκο αμνιακού υγρού ή καρδιακή ανεπάρκεια.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το πλακουντιακό χοριοαγγείωμα έχει αναφερθεί ως μια σπάνια περίπτωση στον τομέα της εμβρυομητρικής ιατρικής. Ο προγεννητικός έλεγχος βασίστηκε στην υπερηχογραφική εξέταση για την τεκμηρίωσή του. Τα πλακουντιακά χοριοαγγειώματα εμφανίζονται σε ποσοστό 1%. Πρόκειται περί ενός καλοήθους αγγειακού όγκου που αναπτύσσεται από πρωτόγονο χοριονικό ιστό. Τα χοριοαγγειώματα αποτελούν μια ξεχωριστή οντότητα μη–νεοπλασματικών όγκων που φέρουν την ονομασία αμαρτώματα. Τα μικρά σε μέγεθος χοριοαγγειώματα είναι κλινικά ασήμαντα. Χοριοαγγειώματα μεγαλύτερα των 4 εκ. είναι σπάνια. Το παλλόμενο Doppler και η έγχρωμη ροή αίματος δείχνουν τα πλακουντιακά αγγεία σε συνέχεια με την εμβρυϊκή κυκλοφορία. Η παροχή αίματος εξασφαλίζεται από αγγεία προερχόμενα είτε από τον ομφάλιο λώρο ή διάφορες περιοχές του πλακούντα. Έχει παρατηρηθεί ένας αξιόλογος αριθμός εναλλαγών όσον αφορά στην ποικιλομορφία στην επικοινωνία των αγγείων. Ο αριθμός και το μέγεθος των επικοινωνούντων αγγείων ποικίλει και εξαρτάται από τη θέση του όγκου. Η διάμετρος των όγκων κυμαίνεται μεταξύ 3 και 10 εκατοστών. Τίποτα δε φαίνεται να συσχετίζει το μέγεθος και τη θέση της μάζας με την εμφάνιση των επιπλοκών.

Επιπλοκές όπως εμβρυϊκός ύδρωπας, ενδομήτρια επιβράδυνση ανάπτυξης, εμβρυϊκές ανατομικές ανωμαλίες, διαταρα-

χές αμνιακού υγρού, πρόωρες συσπάσεις μήτρας έχουν παρατηρηθεί. Το υδράμνιο αναφέρεται ως μία πολύ συνηθισμένη επιπλοκή και εντοπίζεται στο 30% των μεγάλων χοριοαγγειωμάτων. Το αυξημένο αμνιακό υγρό μπορεί να αντιμετωπισθεί με τη μέθοδο της αμνιοπαρακέντησης και αφαίρεσή του. Τα χοριοαγγειώματα συμπεριφέρονται ως περιφερικές αρτηριοφλεβικές επικοινωνίες, οι οποίες μπορούν πιθανότατα να οδηγήσουν σε αυξημένο εμβρυϊκό όγκο, καρδιακή παροχή, καρδιακή υπερτροφία και καρδιακή κάμψη λόγω υπερπλήρωσης. Η αντιμετώπιση του υδραμνίου μπορεί να επιτευχθεί, υπό την προϋπόθεση ότι ο όγκος είναι αγγειακής υφής. Υπάρχει τεκμηριωμένη σχέση μεταξύ της νεοαγγείωσης του χοριοαγγειώματος και της βαρύτητας των επιπλοκών. Η επιβάρυνση της ενδομήτριας ζωής του εμβρύου αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την ώρα του τοκετού. Η εμβρυϊκή επιβάρυνση λόγω πιεστικών φαινομένων πάνω στο φυσιολογικό πλακούντα μπορεί να προκαλέσει πρόωρο τοκετό. Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις νεογνών με αιμολυτική αναιμία λόγω της παρουσίας χοριοαγγειωμάτων. Αξίζει να αναφέρουμε ότι η έγκυος παρουσιάζει εμέτους, ναυτία, θρομβοκυτταροπενία, αποκόλληση πλακούντα και αιμοσφαιρινουρία όσον αφορά την κλινική συμπτωματολογία.

Υπολογισμός της α–εμβρυϊκής πρωτεΐνης έχει προταθεί ως δείκτης παρουσίας επιλεγμένων μαζών, όπως η προαναφερόμενη. Μια επιπλέον μέθοδος διάγνωσης των χοριοαγγειωμάτων αποτελεί η μαγνητική τομογραφία.

Η ομφαλιδοπαρακέντηση παρέχει επιπλέον πληροφορίες για την καλή εμβρυϊκή κατάσταση. Επαναλαμβανόμενα υπερηχογραφήματα και η εμβρυϊκή καρδιοτοκογραφία αποτελούν μέρη της αντιμετώπισης τέτοιων περιστατικών. Σε χοριοαγγειώματα μεγάλων διαστάσεων προτείνεται νοσηλεία σε τμήματα κυήσεων υψηλού κινδύνου για την αποφυγή πρόωρου τοκετού.

Η προωρότητα ως γνωστόν αποτελεί την πιο συχνή αιτία θανάτου σε νεογνά.

Σημαντικό κομμάτι είναι και η ιστοπαθολογική εξέταση του πλακούντα μετά τον τοκετό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η παρουσία πλακουντιακών « μαζών » με ιδιαίτερη υπερηχογραφική υφή πρέπει να επιτείνει την προσοχή του μαιευτήρα προς αναζήτηση πιθανών ανατομικών ανωμαλιών του εμβρύου, ιδιαιτεροτήτων όσον αφορά την εμβρυοπλακουντιακή κυκλοφορία και την ανατομική δομή της μήτρας. Η παρουσία τους δε σημαίνει βεβαίως και απαραίτητα τη μη ομαλή έκβαση μίας εγκυμοσύνης ή την παρουσία ανατομικών εμβρυϊκών ανωμαλιών.

SUMMARY

We present the case of a 30-year-old pregnant Caucasian woman, with a placental mass. The mass was overtly rich in blood vessels as the ultrasound indicated. The prenatal screening was normal as well as the ultrasound evaluation. The obstetrician should be alert in those cases, so that there are no complications that might endanger either pregnancy or labor. The ultrasound evaluation should be made carefully to make sure that there is a normal intrauterine pregnancy.

Key words: placental choriangioma, imaging, 2nd trimester.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *Jauniaux E, Ogle R. Color Doppler imaging in the diagnosis and management of chorioangiomas. Ultrasound Obstet Gynecol.2000 June; 15(6):463-7.*
2. *Chourab S. Ultrasound in the management of chorioangioma. Saudi Med J.2001 Jul; 22(7):585-9.*
3. *Zalel Y, Gamzu R, Weiss Y, Schiff E, Shalmon B, Dolizky M, Achiron R. Role of Color Doppler imaging in diagnosing and imaging pregnancies complicated by placental chorioangiomas. J Clin Ultrasound. 2002 Jun; 30(5):264-9.*
4. *Imakita M, Yutani C, Ishibashi-Ueda H, Murakami M, Chiba Y. A case of Hydrops fetalis due to placental chorioangioma. Acta Pathol Jpn. 1988 Jul; 38(7):941-5.*
5. *Nuutinen EM, Puistola U, Herva R, Koivisto M. Two cases of large placental chorioangiomas with fetal and neonatal complications. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1988 Dec; 29(4):315-20.*
6. *Lawrence GC, Rettenmaier MA, Heinemann S, Chang M, Goldstein BH. A precarious pregnancy involving a patient with a large placental chorioangioma: a case report. Arch Gynecol Obstet. 2008 Feb 19.*
7. *Lσpez Gutiurrez JC, Avila LF, Sosa G, Patron M. Placental anomalies in children with infantile hemangioma. Pediatr Dermatol. 2007 Jul-Aug; 24(4):353-5.*
8. *Taori K, Patil P, Attarde V, Singh A, Rangankar V. Chorioangioma of placenta: Sonographic features Department of Radiodiagnosis, Government Medical College and Hospital, Nagpur 440003, India.*
9. *Mochizuki T, Nishiguchi T, Ito I, Imai M, Isoda H, Masui T, Takahashi M, Kaneko M, Terao T, Tsutsui Y. Case report. Antenatal diagnosis of chorioangioma of the placenta: MR features. Department of Radiology, Hamamatsu University School of Medicine, Japan.*

[1]*Ε.Ν. Κοντομανώλης, Δ. Οικονομίδης, Μονάδα Εμβρυϊκής και Μητρικής Ιατρικής, τμήμα Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Royal Free Hospital-Medical School, London, UK.*

[2]*Χ. Βλάχου, Τμήμα Υπερήχων, Νοσοκομείο «ΕΛΠΙΣ», Αθήνα, Ελλάδα*